



**Service d'histopathologie buccale et maxillo-faciale**  
**De l'histopathologie pour les dentistes, par des dentistes...**

Pavillon de médecine dentaire, Université Laval, 2420, rue de la Terrasse, Québec, QC, G1V 0A6  
Téléphone (région de Québec) : (418) 907-8928 \* Téléphone sans frais: 1-866-320-0737 \* Télécopieur : 1-866-256-5170

No dossier (réservé)

Date de réception (réservé)

**HISTOPATHOLOGIE  
DEMANDE D'EXAMEN**

Information patient	Information dentiste
Nom : _____   Prénom : _____	Nom : _____   Prénom : _____
Genre (encerclé) : Masculin / Féminin	Adresse : _____
Date de naissance (jj/mm/aaaa) : ____/____/____	_____
	Téléphone : (____) _____ - _____
	<b>Télécopieur*</b> : (____) _____ - _____

Biopsie incisionnelle  Biopsie excisionnelle  Biopsie à l'aiguille fine  Frottis  IFD  (sol. de Michel)  
Culture fongique\*\*

Radiographie : Aucune  Originale  Duplicata

Détails: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date du prélèvement : (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nature et siège du prélèvement : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Renseignements cliniques : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnostic(s) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Paiement par le dentiste: Chèque\*\*\*  Visa  Mastercard

Nom du titulaire de la carte de crédit : \_\_\_\_\_

Numéro de la carte : \_\_\_\_\_

Date d'expiration : \_\_\_\_/\_\_\_\_

Montant payé: \_\_\_\_\_, \$ Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\* Le numéro de télécopieur servira à vous transmettre le rapport de façon plus rapide. Ne l'oubliez pas!

\*\* Veuillez contacter le (418) 907-8928 pour la cueillette des spécimens fongiques. Région de Québec uniquement.

\*\*\*Veuillez faire votre chèque à l'ordre du SHBMF et y inscrire votre nom et les initiales du patient. Merci.